Agence Nationale
d'Accréditation et
d'Évaluation en Santé

L'AUDIT CLINIQUE

BASES METHODOLOGIQUES DE L'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Avril 1999

Évaluation en établissements de santé

Ce document a été réalisé par M^me^ Monique DUPUY sous la coordination du D^r^ Hervé MAISONNEUVE, directeur de l'évaluation, du P^r^ Jean-Louis TERRA, responsable du service d'évaluation en établissements de santé et avec la participation :

des équipes du service hospitalier et des recommandations professionnelles :

D^r^ Jean-François DÜRR
M^me^ Marie ERBAULT
D^r^ Jacques GLIKMAN
D^r^ Gérard LAIRY
M^me^ Marie-José RAVINEAU
M^me^ Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT

des correspondants régionaux de l'évaluation en établissements de santé :

M^me^ Catherine BERTEVAS, CHU Brest ;
M^me^ Anne-Marie BERTHOU, CH le Havre ;
D^r^ Marie-Jeanne BISMUTH, CHU Dijon ;
D^r^ Dominique BOURDERONT, CH Mulhouse ;
M^me^ Marie-José BUFFOLI, CHU Nice ;
M^me^ Christine COZON, CH Bron ;
D^r^ Marie-José D'ALCHE-GAUTIER, CHU Caen ;
M^me^ Michèle DESQUINS, CHU Grenoble ;
M^me^ Marie-Christine Du BOULET, Clinique Champeau, Béziers ;
D^r^ Erwann Du ROUCHET, CH d'Orléans ;
P^r^ Patrice FRANÇOIS, CHU de Grenoble ;
D^r^ Michel GREHANT, Clinique Font Redonde, Figeac ;
D^r^ Jean-François LEFORT, CH Meaux ;
D^r^ Alain LEPAPE, CHU Lyon ;
M^me^ LETELLIER-KWOCZ, CHU Tours ;
D^r^ Patrick MIGET, Hôpital Local de Pompey ;
D^r^ Yves PASSADORI, CH Mulhouse ;
M^me^ Françoise PEREZ, Clinique Champeau, Béziers ;
D^r^ Marie-Pascale POMEY, CHU Brest ;
D^r^ Christiane PRIVAT-PAIN, Centre Laënnec, Malakoff ;
M^me^ Madeleine PULTIER, AP-Hôpitaux de Marseille ;
D^r^ Jean-François QUARANTA, CHU Nice ;
D^r^ Catherine SARTOR, AP-Hôpitaux de Marseille ;
D^r^ Claude SOUTIF, CH Avignon ;
D^r^ Anne VIVIEN, AP-Hôpitaux de Paris.

Nous remercions :

M^me^ Patricia BURGAIN
M. Yves DERENNE
M. le Dr Philippe DUPRAT
M^me^ Claudine DROUIN
D^r^ Frédéric FLEURETTE
M^me^ Marie-Agnès GUERAUD
M. Pierre HUIN
M^me^ Danièle MARANDE
D^r^ Vincent MOUNIC
D^r^ Lionel PAZART
D^r^ Jean PETIT
M. Loïc RICOUR
D^r^ Frédéric SANGUIGNOL

de leur contribution efficace à la promotion de la méthode de l'audit clinique pour améliorer les pratiques professionnelles.

AVANT-PROPOS

Promouvoir l'évaluation des pratiques professionnelles, mission confiée à l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM) par la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991, est aussi l'une des priorités de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) créée par ordonnance du 24 avril 1996 et décret n° 97 311 du 7 avril 1997.

L'audit clinique est une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles expérimentée par l'Agence de 1990 à 1997 dans le cadre d'une collaboration avec 250 établissements de santé publics et privés.

Le principe de l'audit clinique est de mesurer la qualité d'une pratique à l'aide de critères explicites, objectifs et de comparer les résultats au référentiel. L'écart observé entre la qualité souhaitée explicitée dans le référentiel et la qualité appliquée impose la mise en place d'un plan d'amélioration puis le suivi de son impact.

Ce guide présente une version synthétique et didactique de l'audit clinique dont l'objectif est d'aider les professionnels à s'approprier les éléments clés d'une méthode qui a démontré son utilité dans le champ des pratiques de soins.

Je tiens à remercier personnellement tous les professionnels qui ont participé à l'enrichissement de la méthode, à travers l'expérimentation menée en partenariat avec les établissements volontaires, et souhaite que ce document apporte une aide technique aux équipes soignantes qui voudront initier un projet d'amélioration de leur pratique.

Yves MATILLON

I. DÉFINITION DE L'AUDIT CLINIQUE

L'audit clinique est une méthode d'évaluation qui permet à l'aide de critères déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer (1).

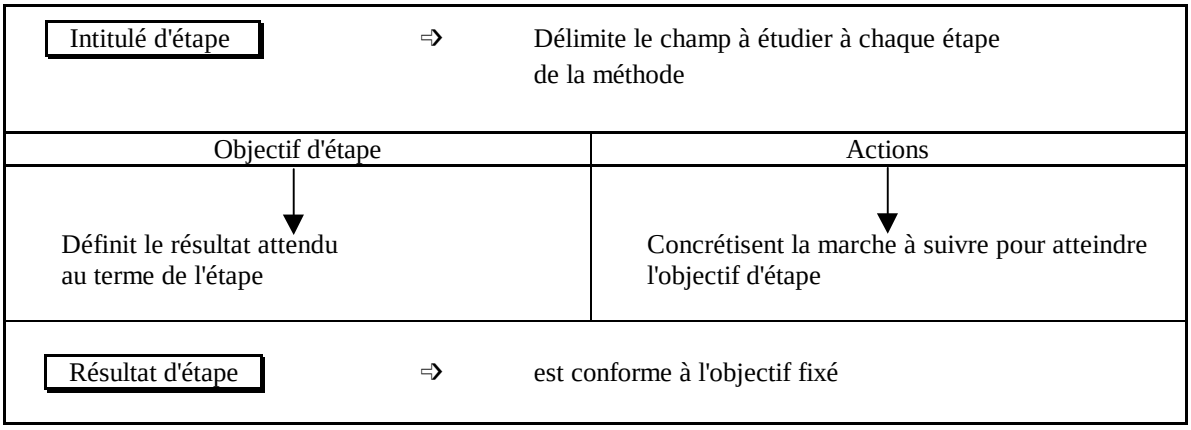
II. ÉTAPES DE LA MÉTHODE DE L'AUDIT CLINIQUE

Une méthode est l'ensemble des démarches raisonnées, à suivre pour parvenir à un but (2).

L'audit clinique distingue 6 étapes.

1. Choix du thème.
2. Choix des critères.
3. Choix de la méthode de mesure.
4. Recueil des données.
5. Analyse des résultats.
6. Plan d'actions d'amélioration et réévaluation.

III. CADRE OPÉRATIONNEL POUR LA CONDUITE DE CHAQUE ÉTAPE DE L'AUDIT CLINIQUE


Intitulé d'étape
⇨
Délimite le champ à étudier à chaque étape de la méthode
Objectif d'étape
Actions
Définit le résultat attendu au terme de l'étape
Concrétisent la marche à suivre pour atteindre l'objectif d'étape
Résultat d'étape
⇨
est conforme à l'objectif fixé

Le cadre opérationnel guide le développement de chaque étape :

- l'intitulé de l'étape fixe les contours du champ à traiter ;
- l'exploration de ce champ nécessite la définition d'un ou plusieurs objectifs opérationnels, clairs, précis, traduisant le résultat attendu ;
- la réalisation de l'objectif fixé impose la mise en place d'actions concrètes ;
- le résultat obtenu en fin d'étape doit être en conformité avec l'objectif fixé.

IV. CONTENU DES ÉTAPES DE L'AUDIT CLINIQUE

① Choix du thème

Objectif d'étape	Actions
➢ Cibler le thème pertinent et lancer le projet	➢ Identifier les opportunités d'amélioration et/ou les dysfonctionnements ➢ Sélectionner le thème prioritaire ➢ Définir le champ de l'étude ➢ Composer le groupe de projet ➢ Identifier le responsable de projet ➢ Définir les responsabilités des membres du groupe
➢ Établir un diagnostic de situation	➢ Réaliser le bilan de l'existant : - Collecte de données - Analyse de résultats

Résultat d'étape

- ➢ Points forts et points faibles de la pratique repérés
- ➢ Objectif clairement défini

GUIDE	
CHOIX DU THÈME (un exemple de fiche de sélection de thème est présenté en annexe n° 1)	Le thème d'audit clinique est choisi en fonction de la fréquence de la pratique, du risque pour le patient, du potentiel d'amélioration, de l'existence de références scientifiques, réglementaires et professionnelles.
CHAMP DE L'ÉTUDE	Il définit le nombre d'unités de soins à intégrer dans le projet, recensé de préférence sur la base du volontariat et en fonction du thème traité.

GROUPE DE PROJET OU GROUPE DE TRAVAIL	Ce groupe productif à mandat temporaire est toujours multipro-fessionnel. Il doit apporter trois types de compétences : - des acteurs de soins ayant une bonne connaissance de la pratique locale ; - des professionnels ayant une expertise sur le thème ; - un professionnel ayant des connaissances méthodo-logiques sur la technique de l'audit clinique. La coordination du groupe est assurée par un responsable de projet reconnu par ses pairs et choisi au sein de ce groupe.
BILAN DE L'EXISTANT	La connaissance de la réalité de la pratique est une étape fondamentale. Deux situations sont observées : - soit il existe un référentiel et l'objectif initial est d'iden-tifier son niveau d'appropriation par les professionnels ; - soit il n'y a pas de référentiel ce qui entraîne des diver-gences dans la pratique qu'il est important de connaître avant d'entrer dans un processus d'amélioration. En fonction de la situation à traiter et en l'absence de données qualitatives disponibles (enquête récente, par exemple), il est nécessaire de procéder à une mise à plat de la pratique afin d'identifier les points faibles. Cette recherche de données peut être faite sur un mode déclaratif, au cours d'un entretien avec les professionnels, ou sous forme d'autoévaluation anonyme, à l'aide d'un questionnaire bâti pour la circonstance prenant en compte les critères majeurs ciblés sur les zones à risque de la pratique. Le recensement des modes opératoires et/ou fiches techniques utilisés par les professionnels complète la recherche de données sur l'exercice de la pratique.
RÉSULTAT ATTENDU AU TERME DE L'ÉTAPE	Le diagnostic de situation résume la réalité observée en énonçant le problème, sa cause principale, et si possible ses effets sur les patients et les professionnels. Exemple n° 1 Problème : Pratique hétérogène Cause : Absence de référentiel Effets : Taux d'infection de... Désaccord au sein de l'équipe Exemple n° 2 Problème : Méconnaissance du niveau d'appropriation du référentiel par les professionnels Cause Absence de suivi après la mise en place d'un référentiel

Pour en savoir plus sur la première étape de la méthode, consulter le guide ANDEM intitulé « L'audit clinique » (juin 1994) - pages 17 et 18.

Choix des critères

Objectif d'étape	Actions
➢ Construire le référentiel le créer, l'actualiser ou le vérifier	➢ Procéder à l'analyse de la littérature (réglementation, recommandations, publications sur le même thème) ➢ Définir les critères qualité ➢ Prendre en compte le contexte local ➢ Rédiger le référentiel ou l'actualiser selon le cas ➢ Sélectionner les critères représentatifs de la qualité à évaluer dans la pratique et leur donner une valeur cible

Résultat d'étape

- Référentiel construit
- Critères à mesurer dans la pratique, identifiés

GUIDE	
CRITÈRE	Un critère est un signe admis par le plus grand nombre permettant de porter un jugement valide sur la conformité de la pratique évaluée. Il comporte un intitulé, un ou plusieurs éléments mesurables, une valeur cible et une instruction pour la saisie des données.
Intitulé de critère	Exemple : L'identité de la personne à prévenir est notée dans le dossier de soins : oui ☐ non ☐
Eléments mesurables ou indicateurs	Ce critère comporte : Le nom ☐ Le lien de parenté ☐ Le n° de téléphone ☐ L'adresse de la personne ☐
Valeur cible	Attendue dans 100 % des cas
Instructions	Répondre « *oui* » si les 4 éléments sont présents Répondre « *non* » si un seul élément est manquant

RÉFÉRENTIEL (un exemple de plan d'un protocole de soins est présenté en annexe n° 2)	C'est un document ou un ensemble de documents énonçant des exigences qualité relatives à une pratique professionnelle ou à un mode de fonctionnement. L'élaboration du référentiel impose l'analyse de la littérature avec recherche exhaustive des critères qualité et la prise en compte du contexte, de la discipline, dans lesquels la pratique est exercée. Le référentiel peut comporter par exemple un protocole de soins et une fiche technique.
CRITÈRES À MESURER DANS LA PRATIQUE	La sélection des critères à mesurer dans la réalité doit se limiter aux éléments représentatifs de la qualité afin que l'évaluation des pratiques s'insère dans l'activité des services sans la perturber.
STANDARD ATTENDU	L'attribution d'une valeur cible à chaque critère est recommandée. Le score de 100 % ou valeur attendue pour les critères de ressources et de processus correspond aux exigences souhaitées dans un contexte donné. Cette valeur signifie que le critère doit donc toujours être satisfait dans la pratique. La valeur cible d'un critère de résultat est fixée en fonction de la nature du critère, des données de la littérature et peut difficilement atteindre un score de 100 %. Ex : la satisfaction

Pour en savoir plus sur la deuxième étape de la méthode, consulter
le guide ANDEM intitulé « L'audit clinique » (juin 1994) - pages 19 - 20 - 21).

Choix de la méthode de mesure

Objectif d'étape	Actions
➢ Construire la feuille de recueil des données ou grille d'évaluation	➢ Rédiger les critères qualité sous forme de questions à réponse fermée et binaire (oui/non - vrai/faux) ➢ Tester la feuille de recueil des données et la réajuster si nécessaire
➢ Définir les modalités de l'évaluation	➢ Déterminer : · le type d'étude · la taille de l'échantillon · la période d'évaluation · la source d'information · le mode de recueil des données ➢ Nommer l'évaluateur

Résultat d'étape

- ➢ Cadre de l'étude
- ➢ Feuille de recueil des données élaborée

GUIDE	
FEUILLE DE RECUEIL DE DONNÉES (des exemples de feuilles de recueil de données sont présentés en annexes n° 3 et n° 4)	Cet outil est construit à partir des critères représentatifs de la qualité sélectionnés à l'étape précédente. Leur formulation doit permettre une réponse binaire et la logique d'interrogation doit respecter la chronologie des règles contenues dans le référentiel. La conception de la grille d'évaluation prévoit un espace nécessaire à l'enregistrement d'observations, d'événements imprévus au cours du recueil d'informations. Les réponses négatives aux critères doivent être accompagnées de commentaires notés dans cet espace. Ces données faciliteront et enrichiront l'analyse des résultats.
TEST DE LA FEUILLE DE RECUEIL DES DONNÉES	Il est réalisé par les professionnels impliqués dans la démarche et sur un nombre limité de pratiques. Il peut concerner plusieurs infirmières de toutes les unités de soins ou l'ensemble des infirmières de quelques unités ciblées ou d'autres professionnels selon la pratique étudiée (médecins, kinésithérapeutes, techniciens, chauffeurs…). Ce test permet de vérifier l'objectivité des critères et la fiabilité de l'outil.

MODALITÉS DE L'ÉVALUATION	Le type d'étude est défini en fonction de la pratique étudiée. L'approche prospective convient à l'évaluation des pratiques professionnelles. L'observation de la situation présente permet à l'évaluateur de porter un jugement sur l'application des critères qualité. Cette approche dynamique génère souvent un réajus-tement immédiat des comportements. L'approche rétrospective convient mieux à l'évaluation du dossier du malade. Elle favorise l'examen d'un échantillon plus large mais n'a pas d'impact immédiat sur la qualité des dossiers. La taille de l'échantillon considérée comme suffisante pour des séries homogènes est habituellement de 30 à 50 pratiques par unité de soins. Ex : 30 à 50 actes de pose et de surveillance de cathéters veineux courts par unité de soins. La période de mesure de la qualité de la pratique doit permettre d'atteindre l'échantillon prévisionnel sans toutefois excéder une durée de 6 à 8 semaines. En effet, l'attente prolongée des résultats peut nuire à l'intérêt des professionnels pour la démarche. La source d'information varie avec la pratique étudiée. Les données qualitatives sont apportées par le professionnel : médecin, infirmière, aide soignante, masseur-kinésithérapeute. Elles peuvent aussi être recherchées sur un support d'information : feuille de surveillance, registre de laboratoire, dossier administratif, dossier clinique... Le mode de recueil des données fait référence à l'observation directe, à l'interview ou à l'autoévaluation. Ces modes de collecte des données ont leurs forces et leurs faiblesses. • L'observation directe favorise une collecte d'information en instantané, mais elle est consommatrice de temps et la personne observée peut modifier son comportement. • L'interview établit une relation directe entre deux personnes offrant la possibilité de reformuler les questions et d'obtenir des réponses exploitables.La clarification des questions peut toutefois induire les réponses. • L'autoévaluation impose au professionnel de remplir la feuille de recueil de données immédiatement après le soin ou dans un délai le plus proche possible du soin afin de protéger l'objectivité du recueil. L'autoévaluation a un caractère pédagogique par la remise en mémoire des critères qualité. Elle responsabilise les professionnels et est un facteur de réussite du plan d'amélioration et de son suivi. L'évaluateur peut être un pair formé à l'observation, à l'entretien et à l'utilisation rigoureuse de la feuille de collecte des données. Il doit avoir des compétences cliniques et observer une attitude neutre sans projection dans la pratique. L'évaluateur peut être le professionnel lui-même.

Pour en savoir plus sur la troisième étape de la méthode, consulter
le guide ANDEM intitulé « L'audit clinique »" (juin 1994) pages 22 - 23 - 24.

Recueil des données

Objectif d'étape	Actions
➢ Mesurer les critères qualité dans la réalité	➢ Organiser une réunion d'information ➢ Remplir une feuille de collecte des données par pratique évaluée ➢ Suivre l'évolution du recueil de données

Résultat d'étape

- ➢ Échantillon prévisionnel atteint
- ➢ Collecte d'information exhaustive

GUIDE	
LANCEMENT DU RECUEIL DE DONNÉES	Avant le démarrage du recueil de données, le responsable du projet réunit l'ensemble des professionnels impliqués dans la collecte d'information afin de leur rappeler l'objectif poursuivi et les modalités de la mesure des critères qualité. • L'objectif est ciblé sur l'amélioration de la pratique et non sur l'évaluation individuelle des professionnels. • Les modalités de l'évaluation précisent la période de collecte des données, le nombre de pratiques à évaluer, la manière de procéder au recueil d'information. D'autres indications peuvent être apportées en réponse aux questions de l'assemblée.
RECUEIL DE DONNÉES	Il a pour objectif essentiel de mesurer l'application du référentiel dans la réalité. Il permet donc de valider la présence ou l'absence des critères dans l'exercice d'une pratique professionnelle. Ce recueil doit être exhaustif afin de protéger l'authenticité des résultats. Son évolution nécessite un suivi quotidien de la part du référent de l'unité de soins et une vigilance accrue de la part du responsable de projet.

Pour en savoir plus sur la quatrième étape de la méthode, consulter le guide ANDEM intitulé « L'audit clinique » (juin 1994) page 25.

Analyse des résultats

Objectif d'étape	Actions
➢ Identifier la ou les causes des écarts observés	➢ Traiter les données recueillies : · Conversion des réponses en pourcentage · Présentation graphique des résultats ➢ Rechercher et expliciter les causes des écarts : · professionnelle · organisationnelle · institutionnelle · personnelle

Résultat d'étape

- ➢ Écarts repérés
- ➢ Causes ciblées et analysées

GUIDE	
TRAITEMENT DES DONNÉES	Le mode d'exploitation des données manuel ou informatisé est choisi en fonction de la quantité de dossiers à traiter et des possibilités locales. Toutefois, lors d'une première approche de la démarche d'évaluation, la construction de tableaux récapitulatifs des données a un caractère pédagogique à ne pas sous-estimer.
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	Une présentation visuelle sous forme graphique permet de mieux objectiver les points acquis et ceux qui sont à améliorer.
RECHERCHE DES CAUSES DES ÉCARTS	L'analyse des écarts observés est assurée par le groupe de projet. Elle identifie les différentes causes qui peuvent être de nature : • professionnelle (ex : manque de connaissances) ; • institutionnelle (ex : manque de méthode et/ou matériels inadéquats) ; • organisationnelle (ex : manque de coordination dans la prise en charge du patient) ; • personnelle (ex : manque de conviction et de motivation).

Pour en savoir plus sur la cinquième étape de la méthode, consulter
le guide ANDEM intitulé « L'audit clinique » (juin 1994) pages 25 et 26.

Plan d'actions d'amélioration et réévaluation

Objectif d'étape	Actions
➢ Élaborer le plan d'amélioration	➢ Présenter les résultats aux professionnels concernés et leur faire valider les causes des écarts ➢ Recenser et prioriser les actions correctives ➢ Établir le calendrier prévisionnel des actions ➢ Nommer le responsable de chaque action ➢ Rédiger le rapport d'étude
➢ Prévoir le suivi des améliorations mises en place	➢ Fixer la période de réévaluation ➢ Définir le nombre de critères à réévaluer ➢ Remanier si nécessaire la grille d'évaluation ➢ Assurer la collecte et l'exploitation des données ➢ Identifier l'impact des mesures correctives

Résultat d'étape

- ➢ Programme d'amélioration établi et responsable (s) nommé (s)
- ➢ Modalités de la réévaluation fixées
- ➢ Suivi assuré

GUIDE	
PLAN D'AMÉLIORATION (un exemple de fiche de conduite d'action est présenté en annexe n° 5)	Il est défini en concertation avec les professionnels après validation des causes des écarts. Il identifie : • les mesures correctives dont la priorité est définie en fonction de la gravité des écarts et de la nature des actions à mettre en œuvre ; • le calendrier prévisionnel ; • le responsable de chaque action.

	Le choix des actions d'amélioration fait suite à la présentation des résultats aux professionnels et permet de différencier les actions communes à l'ensemble des équipes des actions spécifiques à chacune d'elles.
RAPPORT DE LA DÉMARCHE	Il est nécessaire d'élaborer un rapport contenant l'historique du projet, le développement de chaque étape de la méthode, les résultats obtenus, l'impact de la démarche et les difficultés rencontrées. Ce rapport est rédigé par le responsable de projet en lien avec le groupe de travail. Un exemplaire est remis à chaque équipe.
RÉÉVALUATION	Prévue habituellement un an après la première étude, elle permet de mesurer l'impact des actions correctives. Si la sécurité du patient est en cause, des actions d'amélioration s'imposent de façon urgente et la réévaluation a lieu rapidement. La même feuille de collecte des données, parfois réajustée, est utilisée. Cette deuxième évaluation peut porter sur l'ensemble des critères si les premiers résultats sont hétérogènes ou sur quelques critères ciblant une zone à améliorer prioritairement.

Pour en savoir plus sur la sixième étape de la méthode, consulter
le guide ANDEM intitulé « L'audit clinique » (juin 1994) pages 26 et 27.

FACTEURS DE RÉUSSITE

Relatifs à l'application de l'audit clinique :

- choisir un thème pertinent répondant à une préoccupation réelle des professionnels et pour lequel il existe des références ;

- définir un objectif ciblé sur l'amélioration de la pratique et non sur l'évaluation des personnes ;

- composer un groupe de projet réunissant trois types de compétences : expertise sur le thème, connaissances méthodologiques, connaissances de la pratique locale ;

- nommer un responsable de projet ayant une légitimité professionnelle ;

- entraîner les cadres des unités de soins et l'ensemble des professionnels concernés par la pratique dans une démarche participative, en démultipliant la méthode au sein de chaque unité de soins, afin que tous s'approprient les principes de l'audit clinique et deviennent les acteurs du changement.

Relatifs à l'intégration du projet dans une démarche institutionnelle :

- obtenir l'engagement explicite de la direction ;

- inscrire le projet dans le programme qualité de l'établissement ;

- définir une politique de communication dès la mise en œuvre du projet ;

- impliquer les instances représentatives (CLIN, comité d'hémovigilance…) dans toute évaluation de pratique liée à leurs missions ;

- valoriser l'engagement des professionnels.

ANNEXES

Annexe n° 1 **:** Exemple de fiche de sélection de thème d'audit

Annexe n° 2 : Exemple de plan d'une procédure

Annexe n° 3 : Exemple de grille d'autoévaluation : pose d'une perfusion dans une chambre à cathéter implantable

Annexe n° 4 : Exemple de questionnaire destiné aux patients porteurs d'une chambre à cathéter implantable

Annexe n° 5 : Exemple de fiche de conduite d'une action

Annexe n° 1

Exemple de fiche de sélection de thème d'audit

CRITÈRES	COTATION DE 1 À 5	COMMENTAIRES
Le thème : - est une pratique fréquente - est une pratique à risque - concerne un dysfonctionnement connu - présente un réel potentiel d'amélioration - s'appuie sur l'existence de références scientifiques et/ou réglementaires - est soutenu par les professionnels	---------- ---------- ---------- ---------- ---------- ----------	
Le projet : - s'inscrit dans une démarche cohérente au sein de l'établissement - est soutenu par la direction - favorise une réflexion multiprofessionnelle - dispose de moyens nécessaires pour son bon déroulement	---------- ---------- ---------- ---------- ----------	
Coter chacun des 10 items et classer les projets selon les totaux obtenus		

Annexe n° 2

Exemple de plan d'une procédure

Hôpital	Structure émettrice (ex : CLIN) : Titre du protocole de soins :
Version n° Nombre de pages Diffusée le	Rédigée par Vérifiée par Validée par
Éléments à prendre en compte	
- Risque prévenu	Ex : Risque infectieux
- Objectif poursuivi	Ex : Améliorer la pratique Ex : Réduire le risque infectieux induit par le geste technique
- Cadre de référence réglementaire	Ex : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (Extraire les articles se rapportant à la pratique)
- Domaine d'application	Ex : Unités de soins et professionnels concernés par la pratique
- Indications	Ex : Traitements médicamenteux, maintien d'un abord vasculaire
- Partie didactique de la procédure	Ex : Étapes successives : - préparation du soin - réalisation du soin - autocontrôle et suivi du soin
- Méthode d'évaluation de l'application de la procédure	Ex : Audit clinique ou enquête de pratique un jour donné.
- Identification des concepteurs	Ex : Professionnels des unités de soins Représentant du CLIN

(Nous remercions le CHU de Grenoble de nous autoriser à publier ce plan)

Annexe n° 3

Exemple de grille d'autoévaluation :
pose d'une perfusion dans une chambre à cathéter implantable

Unité de soins : ☐ Infirmière n° ☐ Jour ☐ Nuit ☐ Date ☐

Perfusion : ❑ Quelques heures ❑ Continue - 48 h ❑ Continue + 48 h

		Oui	Non	NA*	Autre pratique
☞- Préparatifs					
1-	S'assure de l'identité du patient	❑	❑	❑	
2-	Vérifie sa température	❑	❑	❑	
3-	Vérifie l'état cutané au niveau du site	❑	❑	❑	
4-	Installe le patient confortablement	❑	❑	❑	
5-	Applique sur le site de la crème anesthésique 1 h avant la ponction	❑	❑	❑	
☞- Tenue de l'infirmière					
6-	Porte un masque	❑	❑	❑	
7-	Porte une casaque non stérile ou une surblouse	❑	❑	❑	
☞- Préparation du site d'injection					
8-	Se lave les mains avec un savon antiseptique	❑	❑	❑	
9-	Nettoie pendant 30 secondes le site d'injection avec une compresse imbibée de savon antiseptique	❑	❑	❑	
10-	Rince avec deux compresses de sérum physiologique	❑	❑	❑	
11-	Aseptise le site	❑	❑	❑	
12-	Laisse une compresse aseptisée sur le site	❑	❑	❑	
☞- Raccordement des accessoires					
13-	Met des gants stériles	❑	❑	❑	
14-	Utilise une aiguille de pointe de Huber courbe :				
	- de type I (simple)	❑	❑	❑	
	- de type gripper	❑	❑	❑	
15-	Purge le dispositif au sérum physiologique	❑	❑	❑	

☞- Ponction de la chambre

		Oui	Non	NA*	Autre pratique
16-	Fait mettre au patient un masque	❑	❑	❑	
17-	Maintient la chambre entre 2 doigts	❑	❑	❑	
18-	Pique perpendiculairement l'aiguille à travers la peau et la membrane jusqu'à ce qu'elle bute sur le fond métallique	❑	❑	❑	

☞- Rinçage

19-	Rince le système sans effectuer d'aspiration au préalable	❑	❑	❑	
20-	Laisse couler au moins 20 ml de sérum physiologique	❑	❑	❑	
21-	Vérifie l'absence de gonflement	❑	❑	❑	
22-	Vérifie la qualité du débit	❑	❑	❑	

☞- Pose de la perfusion

23-	Informe le patient de la durée du traitement	❑	❑	❑	
24-	Vérifie l'efficacité de la crème anesthésique	❑	❑	❑	

☞- Pansement

25-	Place une compresse stérile entre peau et aiguille	❑	❑	❑	
	ou				
26-	Fixe le gripper avec des bandelettes adhésives stériles	❑	❑	❑	
27-	Recouvre d'une compresse stérile fixée avec du sparadrap	❑	❑	❑	
	ou				
28-	Recouvre d'un film transparent occlusif stérile	❑	❑	❑	
29-	Protège le robinet à 3 voies	❑	❑	❑	
30-	Protège la rampe au pied de la perfusion	❑	❑	❑	

☞- Transmissions

31-	Note la pose de la perfusion sur la fiche de suivi des soins	❑	❑	❑	
32-	Note le traitement sur la pancarte	❑	❑	❑	

* NA : Non adapté à la situation

(Nous remercions le CH de Meaux de nous autoriser à publier cette grille d'autoévaluation)

Annexe n° 4

Exemple de questionnaire destiné aux patients porteurs d'une chambre à cathéter implantable (CCI)

Date de pose de la CCI : …….. Service : ……..
Date de l'enquête : ……..

	Oui	Non
☞ 1- Avez-vous eu des informations sur ce système ?	❑	❑
➢ Avant sa pose : (but, déroulement, suites immédiates de l'intervention chirurgicale)	❑	❑
• par un médecin		
• une infirmière	❑	❑
• un malade	❑	❑
• un parent	❑	❑
• autre : précisez :……	❑	❑
➢ Après sa pose : (surveillance et conseils en cas de problème)	❑	❑
• par un médecin	❑	❑
• une infirmière	❑	❑
• un malade	❑	❑
• un parent	❑	❑
• documentation d'un laboratoire	❑	❑
• autre : précisez :……		

➢ Ces informations vous ont-elles paru :
- Claires ❑ Oui ❑ Non et pourquoi ? ……
- Suffisantes ❑ Oui ❑ Non et pourquoi ? ……

☞ 2- Depuis que vous avez ce système, avez-vous modifié certaines habitudes de vie ?	❑	❑
Si oui, pourquoi ? ….……..		
. trop visible	❑	❑
. gênant :	❑	❑
- pour lever le bras	❑	❑
- pour dormir	❑	❑
- pour s'habiller	❑	❑
- pour pratiquer certaines activités	❑	❑
- en voiture		
. autre : précisez : ……..……		

	Oui	Non
☞ 3- Connaissez-vous les instructions pour la surveillance de votre chambre à cathéter implantable ?	❑	❑
☞ 4- Avez-vous un carnet de surveillance avec vous ?	❑	❑

Qui vous l'a remis ? ……..

☞ 5- Pensez-vous que les infirmières connaissent le mode d'emploi de ce système :

❑ parfaitement ❑ assez bien ❑ peu ❑ pas du tout

☞ 6- Avez-vous une infirmière à domicile ?	❑	❑

Si oui, connaît-elle le mode d'emploi de ce système :

❑ parfaitement ❑ assez bien ❑ peu ❑ pas du tout

☞ 7- Utilisez-vous la crème anesthésique ?	❑	❑
Si oui, soulage-t-elle la douleur de la piqûre ?	❑	❑

☞ 8- Par rapport à un autre moyen (aiguille dans le bras, cathéter), trouvez-vous ce système :

❑ plus confortable ❑ aussi confortable

❑ moins confortable ❑ pas du tout confortable

☞ 9- Avez-vous des remarques ou des propositions à faire ?	❑	❑

Si oui, lesquelles……
……
……
……
……
……

(Nous remercions le CH de Meaux de nous autoriser à publier ce questionnaire)

Annexe n° 5

Exemple de fiche de conduite d'une action

Établissement de santé : ---------- Service : ---------- Date : ---/---/-------/	
Thème d'audit	
Identification de l'action d'amélioration	
Nature de l'action	Informative ☐ ---------- Formative ☐ ---------- Matérielle ☐ ---------- Organisationnelle ☐ ----------
Objectif recherché	---------- ---------- ----------
Intervenant potentiel	Nom : ---------- Prénom : ---------- Profession : ---------- Tél : ---------- Adresse professionnelle : ---------- ----------
Responsable de la mise en œuvre et du suivi	Nom : ---------- Prénom : ---------- Profession : ---------- Tél : ---------- Service : ----------
Catégories professionnelles et/ou unités de soins concernées par l'application de l'action d'amélioration	---------- ---------- ---------- ----------
Date de la mise en œuvre	---/---/-------/
Date de remise du rapport final	---/---/-------/

BIBLIOGRAPHIE

Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale.
L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique.
Paris : ANDEM ; 1994.

Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale.
L'évaluation de la tenue du dossier du malade.
Paris : ANDEM ; 1994.

Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale.
Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé. Principes méthodologiques.
Paris : ANDEM ; 1996.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.
L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie.
Paris : ANAES ; 1998.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.
Evaluation de la qualité de la pose et de la surveillance des cathéters veineux courts.
Paris : ANAES ; 1998.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.
Evaluation de la prévention des escarres.
Paris : ANAES ; 1998.

D'Alche-Gautier MJ, Jue M, Müller G, Arsène D, Macro M, Compère JF.
Audit clinique sur la tenue du dossier du malade dans 4 services volontaires au C.H.U. de Caen.
Santé Publique 1996 ; 4 : 391-7.

Croutte M, Juge C, Lajous M.
Démarche qualité en soins infirmiers.
Soins 1997 ; 619 :15-8 .

Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale. Direction des Hôpitaux.
Guide du service infirmier : l'évaluation de la qualité des soins infirmiers des services hospitaliers. Approche méthodologique.
Paris : Direction des Journaux Officiels ; 1987 ; n°4 Série Soins Infirmiers, BO N°87-27bis.

Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration. Direction des Hôpitaux.
Guide du service infirmier : normes de la qualité pour la pratique des soins infirmiers.
Paris : Direction des Journaux Officiels ; 1991 ; n°12 Série Soins Infirmiers, BO N°91-10bis.

Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire. Direction des Hôpitaux.
Guide du service infirmier : protocoles et soins infirmiers.
Paris : direction des Journaux Officiels ; 1992 ; n°4 Série Organisation et Gestion du Service Infirmier, BO N°92-13bis.

Périgord M, Fournier JP.
Dictionnaire de la qualité.
Paris : AFNOR, 1993.

Quaranta JF, Raucoules M, Jambou P, Grimaud D.
Transfusion de concentrés érythrocytaires. Une évaluation en anesthésie-réanimation.
Ann Fr Anesth Réan 1996 ; 15 : 20-6.